UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 111

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE RÉNALE ET DE L'ÉTAT GRAVIDO-PUERPÉRAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 28 juillet 1947

PAR

Louis-Jean-Arnaud BOIREAU

Né à SAINT-GENÈS-DE-FRONSAC (Gironde), le 16 septembre 1922

Examinateurs de la Thèse :

- RIVIÈRE, professeur ..... *Président.*
- DARGET, professeur .....
- FAUGÈRE, professeur ..... *Juges.*
- SARIC, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1947

BOIREAU (Louis-Jean-Arnaud)

Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose rénale et de l'état gravido-puerpéral. — Bordeaux, Delmas, 1947. In-8°, 53 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 111.*)

BOIREAU (Louis-Jean-Arnaud)

Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose rénale et de l'état gravido-puerpéral. — Bordeaux, Delmas, 1947. In-8°, 53 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 111.*)

BOIREAU (Louis-Jean-Arnaud)

Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose rénale et de l'état gravido-puerpéral. — Bordeaux, Delmas, 1947. In-8°, 53 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 111.*)

BOIREAU (Louis-Jean-Arnaud)

Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose rénale et de l'état gravido-puerpéral. — Bordeaux, Delmas, 1947. In-8°, 53 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux 1946-1947. N° 111.*)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 111

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE RÉNALE ET DE L'ÉTAT GRAVIDO-PUERPÉRAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 28 juillet 1947

PAR

Louis-Jean-Arnaud BOIREAU

Né à SAINT-GENÈS-DE-FRONSAC (Gironde), le 16 septembre 1922

Examinateurs de la Thèse

- RIVIÈRE, professeur ..... *Président.*
- DARGET, professeur .....
- FAUGÈRE, professeur ..... *Juges.*
- SARIC, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGES, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT,
ROCHER, ANDERODIAS, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	CREYX.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	PIÉCHAUD.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	N.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Chimie	CHELLE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Pharmacie	VITTE	Hydrologie thérap. et climatol.	N...
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.		

PERRENS (Maladies mentales). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LAUMONIER
Physiologie	N.	Obstétrique	N.
Médecine générale	N.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	BESSIÈRES.
id.	N.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
id.	SARIC.	Physique médicale	REBOUL.
id.	DUBARRY.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU
id.	TRAISSAC.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	N.
id.	N.	Histoire natur. méd. et parasitol.	N.
id.	MAGENDIE.	Histologie	MAYER.
id.	POUYANNE.	Chimie médicale	TAYEAU.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Accouchements	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	PERY.	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Chimie biologique	BLANQUET.
Ophtalmologie	BESSIÈRES.	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Anatomie	RIGAUD.	Pathologie chirurgicale	VILLAR.
Chimie minérale	CASTAGNOU.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Botanique	GIRARD.	Electroradiologie	CAILLON.
Cryptogamie	GIRARD.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE — A MA MERE

A MA FEMME

A MES FRERES

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRERES ET BELLES-SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON JURY DE THESE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. RIVIÈRE

Professeur de Clinique d'accouchements,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

ET DE L'ÉTAT GRAVIDO-PUERPÉRAL

INTRODUCTION

L'association de la tuberculose rénale et de l'état gravido-puerpéral a déjà été bien des fois envisagée depuis qu'en 1901 Kœnig et Steinheil attiraient pour la première fois l'attention sur elle. Chez une femme de 25 ans, néphrectomisée sept ans plus tôt, on diagnostiquait, au deuxième mois d'une grossesse, une tuberculose du rein restant, et la malade accouchait à terme d'un enfant normal.

Des multiples travaux et communications publiés sur ce sujet, se dégageait, jusqu'à ces derniers temps, la notion que, d'une part, la tuberculose rénale influençait défavorablement le cours de la grossesse et que, d'autre part, la grossesse aggravait l'évolution de la tuberculose rénale. La conclusion logique qui en découlait était qu'il fallait donc recourir au plus tôt à l'ablation du rein malade toutes les fois que l'état de l'autre rein l'autorisait, avec cette restriction que, si le terme de la grossesse était proche, il convenait d'attendre ce terme pour opérer.

Mais si, depuis 1900, le traitement de la tuberculose rénale reposait sur le dogme d'Albarran — tuberculose rénale uni-

latérale = néphrectomie, tuberculose bilatérale = traitement médical — à l'heure actuelle, une réaction médicale s'est développée, basée sur la constatation de certains résultats défectueux de la néphrectomie et sur la connaissance plus approfondie de la phase de début de la maladie : l'étape parenchymateuse. Ainsi, certains changements ont été apportés aux opinions classiques sur la fréquence de la bilatéralité et sur la guérison non chirurgicale de la tuberculose. Comme le dit B. Fey : « Il faut avoir la franchise de renoncer aux formules toutes faites, même si elles sont classiques, et avoir la coquetterie de nuancer nos indications selon les cas. »

D'un autre côté, à cette phase de début et dans des formes peu évolutives, la tuberculose rénale ne semble pas notoirement aggravée du fait d'une grossesse concomitante.

Il y aurait donc lieu d'apporter quelques modifications à l'opinion jusqu'à présent généralement admise sur la question de l'association de la tuberculose rénale et de l'état gravidique.

Des communications récentes (Cibert, Gayet et Mafart, à Lyon; le Professeur Rivière, à Bordeaux) plaident dans ce sens. Elles ont guidé cette modeste étude des rapports de la tuberculose rénale et de l'état gravido-puerpéral.

En effet, dans cette thèse inaugurale, nous appuyant sur deux cas observés dans le Service de Clinique obstétricale et sur quelques observations — malheureusement parfois fort résumées — que nous avons relevées dans la littérature médicale, nous nous proposons, en étudiant la coexistence de la tuberculose rénale et de la grossesse, de dégager l'influence réciproque de ces deux états, de montrer qu'elle n'est pas toujours si néfaste qu'il a été dit et qu'avant la néphrectomie systématique il y a place pour un traitement médical approprié. Nous insisterons de plus sur les particularités que peut présenter le diagnostic de la tuberculose rénale au cours de la gestation — difficulté des examens, camouflage fréquent sous le masque d'une infection colibacillaire — et sur l'aspect obstétrical que revêt parfois le traitement.

EVOLUTION

RAPPORTS RECIPROQUES

Fréquence. — Il est relativement impossible de dire dans quelles proportions exactes les femmes enceintes sont atteintes de tuberculose rénale; il faudrait, pour l'établir, des statistiques multiples de maternité et de services d'urologie qui font encore défaut. Pugh (New-York), cependant, relevant les archives d'un important service de maternité de la ville, n'en signale aucun cas sur 6.000 accouchements. E. Stevens, à la Clinique Standford, n'en rapporte que 1 cas sur 3.103 naissances. A Bordeaux, les registres de la Clinique obstétricale, entre les années 1925 et 1947 (soit environ un peu plus de 20.000 accouchements), n'en mentionnent que 2 cas.

A première vue, la coexistence paraît donc rare; mais n'est-il pas permis de penser, en raison de l'évolution longtemps latente de certaines tuberculoses rénales, que la fréquence réelle n'est pas négligeable ? Néanmoins, pour expliquer cette rareté, il n'y a pas lieu, comme on l'a fait, d'invoquer une prétendue résistance du rein au bacille de Koch particulière à la femme enceinte; en effet, ou bien celle-ci est une tuberculeuse avérée, évitant de ce fait le risque de grossesse, ou bien plutôt les accidents révélateurs de la bacillose au cours de la gestation ont été considérés comme de simples manifestations de l'infection colibacillaire gravidique banale. Il est certain que l'examen bactériologique systématique et minutieux, avec inoculation au cobaye de toutes les pyuries gravidiques latentes ou accompagnées de

signes vésicaux ou de poussées de pyélonéphrite, serait susceptible de révéler davantage de tuberculoses rénales en cours de grossesse qu'il n'en est reconnu.

I. — ***Influence de la tuberculose rénale sur la grossesse.***

Spire et Bœckel, résumant une opinion généralement admise, estiment que la tuberculose rénale est susceptible d'agir défavorablement sur la grossesse. « Les troubles moteurs, sensitifs et mictionnels dont souffre la vessie, écrivent-ils, ne sont pas indifférents à la matrice; le spasme et les contractions dont elle est atteinte peuvent se transmettre aux fibres musculaires de l'utérus gravide, d'où possibilité d'avortement ou d'accouchement prématuré. »

Il nous semble que ces auteurs n'ont envisagé que des cas particuliers. Il est fort possible, en effet, qu'une cystite tuberculeuse intense puisse troubler le cours normal de la grossesse, mais la tuberculose rénale, même pendant la gestation, n'a pas toujours une telle acuité dans sa symptomatologie locale.

Dans nos observations, nous ne relevons que 2 avortements (obs. XII et XIII), qui d'ailleurs précédaient de peu de jours le décès maternel.

En fait, dans ses formes ulcéro-caséeuses classiques, peu évolutives, non granuliques, la tuberculose rénale interrompt rarement la gestation.

Cibert, Gayet et Mafart, dans leur statistique portant sur 19 cas, personnellement observés, donnant 26 grossesses — certaines femmes ayant mené à bien 2 et 3 gestations — rapportent 20 accouchements à terme, 3 accouchements prématurés et seulement 3 avortements.

Si donc la tuberculose rénale se montre susceptible de favoriser l'interruption de la grossesse, le risque n'en est pas considérable, et il nous semble permis de conclure que la tuberculose ne constitue une menace précise pour la viabilité de la grossesse que dans ses formes sévères.

Néanmoins, il est intéressant de signaler une action particulière de la bacillose rénale chez la femme enceinte : la production, dans quelques cas, de syndromes d'intoxication gravidique, qui, de par leur plus ou moins grande gravité, peuvent être à l'origine de solutions thérapeutiques particulières ou tout au moins compliquer le tableau de la maladie.

Ainsi, dans l'observation IV (Favreau, Batteur et Drapier), nous voyons les auteurs pratiquer une césarienne basse pour une intoxication gravidique hypertensive, évoluant chez une femme porteuse d'un rein tuberculeux, et conduisant celle-ci à un état de pré-éclampsie : à huit mois de grossesse, après des céphalées et des vomissements fréquents depuis le premier mois et qui allaient s'aggravant, la malade, fortement œdématiée, présentait une tension artérielle de 11-17; cette tension s'accroissait par la suite malgré un régime strict et deux saignées; après la césarienne pratiquée devant ce tableau, les œdèmes diminuaient rapidement, et, quelques jours plus tard, la tension était revenue normale : 8-13.

J. Ravina (obs. VII) note chez sa malade une tension élevée : 23-12, durant toute la grossesse. Elle ne rétrocéda qu'après l'accouchement et la néphrectomie consécutive : elle était à 17-9 deux mois plus tard.

Dans l'observation I, que nous avons relevée à l'Hôpital Boursier, nous notons quelques petits symptômes qui peuvent se rattacher à cet ordre de choses; à la fin de sa sixième grossesse, notre malade, tuberculeuse rénale bilatérale, a présenté quelques troubles visuels, un œdème des membres inférieurs, une légère albuminurie et une hypertension très modérée.

En résumé, il apparaît que la tuberculose rénale, à part quelques exceptions dues à des cas particuliers, n'a pour ainsi dire pas d'action sur la grossesse qui lui est contemporaine.

Action sur le fœtus. — Excepté les rares cas où elle provoque son expulsion prématurée, la tuberculose rénale, aussi

longtemps qu'elle reste localisée, n'a pas d'action sur le fœtus. Les enfants naissent d'apparence saine et se développent, semble-t-il, tout à fait comme des enfants normaux.

Il faut cependant mentionner l'observation de Stevens (XXVI), dans laquelle une femme porteuse d'un rein tuberculeux, et qui avait refusé la néphrectomie, mit au monde un enfant porteur d'une adénite bacillaire fistulisée : il devait mourir à 8 mois de méningite tuberculeuse. Comme l'écrit le Professeur Rivière : « ce fait ne traduit, à notre avis, que la septicémie bacillaire de la mère et il ne saurait être mis au passif de la tuberculose rénale, considérée en tant que lésion focale ».

De même, la mort par méningite à quelques mois de deux enfants (obs. XIX et XX) nés de mères tuberculeuses rénales n'implique pas une action directe de la bacillose. Ces enfants ont dû tout simplement être inoculés après leur naissance par une mère « barbouillée » de bacilles de Koch, incontestablement contagieux, contenus dans ses urines.

On pourrait là aussi, comme dans la tuberculose pulmonaire, mais à un degré moindre, poser le problème de la séparation maternelle...

La mort de l'enfant de l'observation I, né avec une ascite et une hydrocèle double, doit être mis sur le compte d'une spécificité maternelle et non sur celui de la lésion rénale.

II. — *Influence de la grossesse sur la tuberculose rénale.*

L'opinion classique est nette : la grossesse influe défavorablement sur l'évolution d'une tuberculose rénale concomitante. André a parlé du « coup de fouet terrible » que la gestation imprime à la lésion rénale, et le mot est resté.

Tous les auteurs abondent dans ce sens, et, jusqu'à ces derniers temps, il était universellement admis que la grossesse favorisait l'éclosion de la tuberculose rénale ou en accélérait la marche. Cette opinion est légitimée par des faits, mais sont-ils assez nombreux dans une statistique

d'ensemble pour être reconnus comme une règle ? Toute la question est là; d'autant plus qu'il peut y avoir simple coïncidence, et, avant d'incriminer la grossesse, lorsqu'on assiste à un réveil ou à une aggravation de la maladie, il ne faut pas oublier cette tendance spontanée de la tuberculose rénale à évoluer par poussées successives, parfois séparées par de longs intervalles.

La grossesse favorise-t-elle vraiment l'éclosion de la tuberculose rénale ? Il est bien difficile de l'affirmer. Cibert, Gayet et Mafart, après l'étude minutieuse de 19 cas, où d'ailleurs ils ne relèvent que 3 fois l'aggravation durant la gestation, écrivent : « Chez celles de nos malades au cours de la grossesse desquelles la bacillurie a été découverte, soit à l'occasion de symptômes légers ou caractérisés, soit fortuitement, à l'occasion de la recherche de l'albuminurie, presque toujours les examens ont révélé des lésions importantes certainement antérieures à la gravidité. »

La grossesse aggrave-t-elle l'évolution de la tuberculose rénale ? Le problème est mal posé, parce que les données en sont insuffisantes. Il faut distinguer les tuberculoses rénales que l'on a à traiter. Il est logique de penser qu'on doive, dans ce domaine, transposer les notions péniblement acquises, mais, à l'heure actuelle, unanimement reconnues sur la tuberculose pulmonaire coexistant avec l'état gravido-puerpéral.

Il y a des tuberculoses pulmonaires aggravées par cet état, parce qu'évolutives, et d'autres qui ne sont pas influencées, parce que non évolutives.

N'existe-t-il pas des formes évolutives de la tuberculose rénale et d'autres qui ne le sont pas ?

Les deux observations de l'Hôpital Boursier sont typiques à cet égard (I et II). La malade I, avec une tuberculose des deux reins, a pu mener à terme cinq grossesses, sans que son état général soit sérieusement compromis ni son état local manifestement aggravé. Par contre, notre deuxième malade, au quatrième mois de sa grossesse, présentait un

si mauvais état général et de tels signes de cystite qu'il fallait l'opérer de son rein malade. Le début de l'affection remontait seulement à six mois auparavant, mais l'intensité des phénomènes vésicaux et l'échec du traitement médical entrepris avaient montré la forme évolutive de la maladie : l'aggravation en cours de grossesse était quasi normale.

Mais toutes les tuberculoses rénales n'ont pas cette allure évolutive rapide. Les formes parenchymateuses de la maladie ont souvent une tendance naturelle à évoluer vers la sclérose et la guérison : la grossesse les touchera peu. Il ne faut pas non plus oublier que les progrès des procédés d'exploration permettent le diagnostic de tuberculoses rénales cliniquement frustes, sur lesquelles la gestation n'aura que peu ou pas d'action. Comme le disent les auteurs lyonnais déjà cités : « Les tuberculoses rénales que nous voyons aujourd'hui ne sont plus autant les mêmes que celles qui se présentaient à l'urologue de jadis. » C'est ainsi que, pour la tuberculose rénale, la gravité que représente l'apparition d'une grossesse n'est pas nécessairement celle qu'on lui a prêtée.

Nous avons pu réunir, en plus de l'observation I, quelques autres cas qui nous permettent d'avancer cette notion.

L'observation XIV nous montre une tuberculose bilatérale, traitée médicalement, vraiment peu touchée par la grossesse, puisque, six mois après l'accouchement, la malade avait engraissé de 12 kilos et ne souffrait plus de sa vessie.

L'observation XV relate l'histoire d'une malade ayant subi l'opération de Richer pour une cystite intense due à des lésions bilatérales : l'amélioration fut considérable; la gestation survenant cinq ans après se déroula de façon banale.

Dans l'observation XVIII (L. Michon), la grossesse fut de même parfaitement tolérée, n'apportant aucune lésion de la muqueuse vésicale et laissant un état général excellent. Devant ce tableau, toute intervention pour cette tuberculose unilatérale fut remise à plus tard, si nécessaire.

La malade de l'observation XX (L. Michon) supporta, avec une tuberculose vraisemblablement bilatérale, deux gros-

sesses consécutives, et, malgré cette fatigue, les lésions, sous l'influence du traitement médical, ont subi une évolution régressive.

Vallois et Coll de Carrera (obs. XXII) rapportent le cas d'une malade néphrectomisée, devenue enceinte un mois plus tard, qui eut une grossesse presque sans histoire, bien qu'après l'accouchement l'atteinte tuberculeuse de son deuxième rein fût mise en évidence.

Cibert cite l'observation d'une néphrectomisée, dont le rein restant fut lui aussi atteint, qui mena à bien trois grossesses, subit l'avortement thérapeutique pour la quatrième et la cinquième et chez qui la sixième et la septième évoluèrent normalement.

La malade de de Beaufond (obs. XXI) voyait sa tuberculose aggravée par une grossesse, mais pourtant l'intervention ne fut jugée nécessaire qu'au terme de sa septième...

Comme nous le voyons, l'aggravation n'est pas toujours la règle, et il existe des tuberculoses rénales, probablement peu évolutives, qui ne sont pas influencées par la grossesse.

Néanmoins, il est certain que, dans un certain nombre de cas, la tuberculose rénale se trouve aggravée par l'état gravido-puerpéral qui apporte toujours un élément de fatigue nouveau sur un organisme déjà affaibli par la maladie.

Cette aggravation se manifeste par des signes généraux, amaigrissement, asthénie, température, et surtout par des signes vésicaux. Le Professeur Rivière écrit à ce sujet : « La cystalgie est souvent exacerbée, les mictions se multiplient à intervalles de plus en plus rapprochés, les malades n'ont plus un instant de répit. L'intensité des phénomènes vésicaux est telle qu'ils peuvent suffire à expliquer l'atteinte profonde de l'état général sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'extension des lésions rénales, ni la généralisation de l'infection. » Ainsi, nous voyons dans l'observation IV : vers la fin du premier mois, les mictions deviennent douloureuses et de plus en plus fréquentes, toutes les cinq minutes; et, dans l'observation III, nous lisons : douleurs telles à la mic-

tion que la malade se retient d'uriner; mictions si répétées qu'elle est debout toute la nuit. Il est facile de se rendre compte que si un tel état se prolonge, l'état général s'en ressentira vite et d'une façon très marquée.

Les surinfections colibacillaires, si fréquentes dans l'état gravido-puerpéral, viennent assombrir le tableau clinique, et doivent entrer en ligne de compte parmi les facteurs d'aggravation. La malade de l'observation I avait une recrudescence de sa colibacillurie quand elle était enceinte. Les urines des malades des observations V, VIII et XI devenaient très purulentes au cours de la grossesse. Cette surinfection bacillaire est favorisée par la rétention pyélique, beaucoup plus fréquente durant la grossesse et le post-partum qu'en temps normal.

Comme le faisait remarquer Dubois dans sa thèse, il semble que l'aggravation porte plutôt sur les signes fonctionnels que sur la maladie elle-même.

A quelles périodes de l'état gravido-puerpéral observe-t-on l'aggravation quand elle se produit réellement ?

Si nous étudions sous cet angle-là les observations que nous possédons, nous voyons l'aggravation se manifester :

4 fois dans les trois premiers mois (obs. II, XI, XVI, XXI);
1 fois au troisième mois (obs. III);
1 fois dans les six premiers mois (obs. IV);
3 fois dans le sixième mois (obs. V, VII, XII);
1 fois dans le neuvième mois (obs. III);
6 fois dans le post-partum (obs. III, VIII, IX, X, XVII, XIX).

Il semble donc que, pour les tuberculeuses rénales, il y ait deux périodes plus particulièrement critiques au cours de l'état gravido-puerpéral : ce sont les trois premiers mois et le post-partum.

C'est d'ailleurs l'opinion de Dubois, qui, après l'étude minutieuse d'une cinquantaine de cas, relève 39 aggravations

dans les conditions suivantes : 13 fois dans les trois premiers mois et 20 fois dans le post-partum pour 6 fois seulement dans le milieu et la fin de la grossesse.

Cibert signale aussi que, chez 7 de ses opérées, c'est dans les quelques semaines ou les quelques jours qui suivirent la naissance qu'apparut l'accentuation des phénomènes de la maladie, accentuation qui nécessita l'opération.

On est obligé de constater qu'il y a une analogie frappante avec les périodes d'aggravation de la tuberculose pulmonaire.

M. le Professeur Rivière pense avec juste raison qu'une même cause est à l'origine de ces deux faits et que cette origine est probablement hormonale, sans qu'à l'heure actuelle on soit à même d'en pousser plus loin l'analyse.

DIAGNOSTIC

I. — *Diagnostic positif.*

Il est basé au cours de la grossesse sur les mêmes signes qu'en dehors d'elle, et de ce fait son étude ne nous attardera pas longtemps. Des signes vésicaux de cystite aiguë ou subaiguë avec de la pollakiurie diurne et surtout nocturne, des pyuries rebelles, des hématuries éclatant en pleine santé, des douleurs lombaires à forme persistante ou paroxystique doivent conduire le médecin vers ce diagnostic, surtout quand il existe des antécédents bacillaires et que l'état général est atteint. Il faudra alors systématiquement rechercher le bacille de Koch dans les urines et se rendre compte de la valeur fonctionnelle de chaque rein.

Comme dans une tuberculose rénale banale, la cystoscopie, le cathétérisme urétéral, l'inoculation au cobaye, l'urographie rétrograde ou par voie descendante, fixeront le diagnostic d'une manière certaine et renseigneront sur l'uni ou la bilatéralité des lésions.

Nous ne nous attarderons pas sur la technique ni sur les résultats de ces examens, insistant seulement sur les difficultés que leur pratique peut rencontrer chez la femme enceinte.

La cystoscopie, déjà loin d'être facile par suite de la faible capacité des vessies tuberculeuses, sera très délicate dans les derniers mois de la gestation, surtout chez les primipares, où la tête fœtale s'engage précocement : en effet, la vessie, repoussée, se laisse distendre là où il y a de la place et se déforme... Une observation du Docteur Caraven, relevée dans la thèse de G. Dubois, relate un cas où il y eut impossibilité de pratiquer la cystoscopie.

Le cathétérisme urétéral pourra de même être irréalisable : on note classiquement que le plus souvent c'est à droite qu'il rencontre le plus de difficultés, sans doute du fait de la dextrotorsion habituelle de l'utérus gravide. Il en fut ainsi chez la malade de l'observation VII, où le cathétérisme facile du côté gauche (côté lésé) ne fut pas possible à droite, où la sonde s'enfonçait seulement de 2 centimètres. L'indétermination sur l'atteinte de ce côté fut un des facteurs qui firent provoquer l'accouchement avant le terme, afin d'intervenir au plus tôt, si l'on en avait la possibilité, par la connaissance de l'intégrité du rein droit.

Il faut aussi souligner que les renseignements donnés par l'urographie seront plus délicats à interpréter du fait des modifications de forme que l'uretère subit normalement au cours de la gestation. D'un autre côté, les mouvements fœtaux peuvent fausser le cliché et nécessiter une image de contrôle.

II. — *Diagnostic différentiel.*

Une première erreur à éviter (et qui joue non seulement pour la tuberculose rénale, mais aussi pour les autres affections de l'appareil urinaire) est de ne pas porter d'attention à des troubles fonctionnels urinaires, même encore minimes, en les considérant comme uniquement provoqués par la gestation. Il existe sans doute des troubles urinaires fréquents dans les débuts de la grossesse, et de cause purement mécanique, en particulier la pollakiurie, mais elle est en général diurne, n'est jamais douloureuse, ne s'accompagne pas d'urines troubles, tous éléments qui devraient rapidement faire suspecter une lésion de l'appareil urinaire.

Beaucoup plus fréquemment, l'erreur vient de ce que les troubles urinaires chez la femme enceinte, et du fait même de sa grossesse, sont mis au compte d'une « pyélonéphrite gravidique banale ».

Lorsqu'une femme enceinte se plaint de douleurs spontanées ou provoquées par la palpation dans la région rénale,

lorsqu'elle présente des urines purulentes et de la température, avec parfois des frissons, on est en droit de penser à une pyélonéphrite gravidique. Et, de fait, ce diagnostic échappe rarement, d'autant que cette infection colibacillaire, par sa fréquente localisation au système urinaire droit « apporte avec elle son diagnostic ».

Les auteurs sont unanimes à insister sur la fréquence de cette erreur, facile à commettre, il faut l'avouer, surtout dans les formes où la cystalgie est modérée ou absente. A raison du très grand nombre des infections urinaires à colibacilles au cours de la gestation, le médecin considérera parfois comme inutile l'examen bactériologique. Dans d'autres cas, le résultat de cet examen, montrant du pus et du coli en plus ou moins grande abondance, n'incitera pas à faire rechercher systématiquement le bacille de Koch. Et cependant il peut s'agir d'une surinfection développée à la faveur de la grossesse sur un rein préalablement tuberculeux.

L'observation VIII (Ravina) est typique à cet égard : une infection colibacillaire fut diagnostiquée sans examen bactériologique; on la crut nettement déterminée par la suite lorsqu'on trouva dans les urines du colibacille, et pourtant une bacillose rénale évoluait derrière ce tableau.

Dans l'observation V (Frühinsholz et André), nous lisons : le diagnostic de pyélonéphrite à forme cachectisante fut porté. La nature tuberculeuse de l'infection ne fut prouvée que par la suite.

Les malades des observations III (Pillet) et VI (Ravina) furent d'abord traitées pour ce que l'on croyait être une pyélonéphrite banale.

Dans l'observation III, la malade, que l'on soumit à un régime débilitant, ne put se défendre quand son diagnostic fut redressé et succomba peu de temps après.

Ces faits montrent combien il importe de ne pas négliger la possibilité d'une tuberculose dans ces formes de suppurations rénales latentes, surtout accompagnées d'un mauvais état général. Comme l'a dit Marion, « la tuberculose rénale

est extrêmement fréquente, si bien qu'en présence d'une affection urinaire la simulant on se trompera toujours moins souvent en pensant à elle qu'en pensant à une autre, lorsque cette dernière n'est pas très caractérisée. »

Nous ne pouvons mieux faire pour terminer ce chapitre que de rapporter une des conclusions du rapport du Professeur Rivière : « Il est éminemment souhaitable que le dépistage des tuberculoses rénales, malgré ses difficultés techniques, soit intensifié au cours des examens périodiques auxquels est soumise la femme enceinte. Le diagnostic de pyélonéphrite gravidique à colibacilles chez une femme enceinte ne devra pas trop facilement être porté, même si l'examen bactériologique identifie le coli. Toute pyélonéphrite gravidique supposée à colibacilles, qui n'évolue pas selon les formes habituelles et qui résiste aux traitements éprouvés, doit inciter à rechercher minutieusement la possibilité d'une tuberculose rénale dissimulée. »

PRONOSTIC

Il découle évidemment de toutes les notions que nous venons d'exposer, mais on comprendra facilement qu'il sera délicat à établir, car beaucoup de facteurs doivent entrer en ligne de compte.

Il faudra tout d'abord considérer l'uni ou la bilatéralité des lésions : une tuberculose des deux reins étant à priori plus nocive que celle d'un seul rein, quoique, comme nous l'avons vu, des tuberculoses doubles ont bien toléré la grossesse. C'est pourquoi, plus important peut-être que ces notions d'ordre anatomique, le fait de l'évolutivité ou de la non-évolutivité de la maladie sera un des grands éléments du pronostic : les formes évolutives subissant du fait de la grossesse une nette aggravation. L'état de la vessie joue aussi un grand rôle : l'intensité des phénomènes vésicaux, en affaiblissant la malade par leur retentissement sur l'état général, causera une baisse des défenses naturelles de l'organisme gravide, qui pourra ainsi permettre une aggravation de la lésion rénale.

Il est bien évident que des surinfections colibacillaires des reins tuberculeux, de même que des localisations extra-rénales de la maladie, pulmonaires par exemple, seront d'un mauvais pronostic.

Ce pronostic est-il aussi sombre qu'il est classique de le dire ? Nous ne le croyons pas, et, tout en ne niant pas les complications, parfois tragiques (obs. V, IX, XII et XIII), que la grossesse peut apporter à une tuberculeuse rénale, nous pensons que, compte tenu des divers facteurs énoncés plus haut, il peut dans certains cas être porté un pronostic rela-

tivement favorable sur la grossesse survenant chez une femme porteuse d'une bacillose rénale, surtout à l'heure actuelle, où nos moyens d'investigation nous permettent de déceler cette maladie à des stades bien plus précoces qu'il était donné de le faire auparavant.

CONDUITE A TENIR

L'association d'une grossesse à la tuberculose rénale peut peser sur les décisions thérapeutiques, en rendre l'application plus difficile et plus grave, nécessiter même leur ajournement, mais elle ne les détermine pas directement. Aussi est-ce en définitive à la détermination de l'uni ou de la bilatéralité des lésions, de leur évolutivité ou non-évolutivité, de leur retentissement sur la vessie, aux méthodes qui permettent le diagnostic de la localisation de la tuberculose et de la valeur fonctionnelle de chaque rein, qu'appartient avant tout le dernier mot une fois la tuberculose révélée, compte tenu évidemment de la période de l'état gravido-puerpéral au moment du diagnostic.

La conduite à tenir revêt un triple aspect : médical, chirurgical et obstétrical.

I. — *Traitement médical.*

Il s'impose chez les néphrectomisées, dont le rein restant se montre tuberculeux à son tour, et le plus souvent aussi dans les formes bilatérales, dont les lésions sont relativement symétriques.

A l'heure actuelle, il a aussi sa place dans le traitement des formes unilatérales : pas de néphrectomie d'emblée, surtout chez la femme enceinte, où les risques d'avortement doivent être pris en considération. En effet, les auteurs s'accordent à reconnaître une proportion de 20 % d'interruptions de grossesse après l'intervention. Pugh, sur 13 néphrectomies, en note 4 qui furent suivies d'avortement, pour 8 qui permirent un accouchement à terme, et 1 dont les suites

furent ignorées. Nous-même en avons relevé 2 cas, publiés dans la thèse de G. Dubois (obs. XXIV et XXV). D'un autre côté, les risques opératoires peuvent être plus élevés en période de gestation. L'observation XXIII est un exemple, rare il est vrai, mais combien malheureux, dans cet ordre d'idées. On peut raisonnablement penser que l'état de gravité a été pour quelque chose dans la sévérité de l'infection survenue après l'intervention et la délivrance.

Il est, d'autre part, certain qu'il existe en matière de tuberculose rénale des cas — ceux qui paraissent s'immobiliser et guérir — pour le traitement desquels il paraît plus logique de se guider sur l'allure évolutive des lésions plutôt que de recourir systématiquement à la néphrectomie.

Pour toutes ces raisons, on ne se résoudra à la néphrectomie qu'après échec du traitement médical et aggravation des lésions et des symptômes. Le traitement médical ne sera quand même pas négligeable. C'est en effet par un traitement pré-opératoire que les malades amaigries, fébricitantes, épuisées par une cystite qui leur interdit tout repos rémunérateur, verront leur poids reprendre et leur fièvre tomber. Si le tableau est moins sombre, le bénéfice est encore net : l'intervention est mieux supportée, les suites en sont plus simples et plus rapides.

D'autres fois, le traitement médical pourra permettre d'attendre le terme de la grossesse pour opérer et éviter ainsi les risques inhérents à l'état de grossesse. C'est ce qui fut fait par L. Michon (obs. XVII et XIX) qui temporisa durant la grossesse et intervint seulement après l'accouchement : dans un cas quarante-cinq jours et dans l'autre trois mois après. Il obtint les deux fois d'excellents résultats.

Cibert, de son côté, préconise de s'abstenir de tout acte opératoire durant la grossesse si la symptomatologie urinaire est nulle ou minime et tant qu'elle le reste.

La thérapeutique médicale, encore impuissante à guérir totalement la maladie, n'en est pas moins très souvent efficace, ainsi qu'en témoignent par exemple les résultats obte-

nus dans les observations XIV, XVIII et XX, résultats que nous avons analysés plus haut au chapitre de l'influence de la grossesse sur la tuberculose rénale. Il s'agissait probablement de formes peu évolutives de la maladie : lésions parenchymateuses ou ulcéro-caséeuses peu étendues qui ont permis la cicatrisation.

Cette thérapeutique, dont la base essentielle est constituée par l'allergine de Gousset ou le vaccin de Vaudremer, associé avec du calcium et des vitamines A et D, ne sera malheureusement guère qu'à la portée des classes aisées, car il faut y adjoindre du repos, du grand air, de la suralimentation.

II. — *Traitement chirurgical.*

S'il existe déjà au début de la grossesse une symptomatologie bruyante, ou même simplement notable, les risques opératoires ne sont pas tels que l'on puisse encourir la possibilité d'une aggravation par le retard apporté à l'intervention; la cystite surtout est à prendre en considération. Si la tuberculose vésicale n'est pas toujours directement en rapport avec la tuberculose rénale sus-jacente, elle apparaît le plus souvent comme étant sous sa dépendance; devant la telle gravité de la cystite bacillaire, devant la trop fréquente carence des moyens thérapeutiques, il faut tout faire pour éviter le développement de cette cystite; et le moyen le plus efficace est certainement de supprimer le foyer rénal, même en cours de grossesse.

La néphrectomie s'imposera donc sans discussion dans les formes unilatérales où la symptomatologie générale ou locale, rénale et surtout vésicale exige un prompt soulagement : état général précaire; surinfection de la tuberculose par une infection colibacillaire fébrile sévère, cystite intense...

Nous nous résumerons en disant qu'en cas de grossesse la conduite opératoire à tenir sera sensiblement la même qu'en dehors d'elle, avec cependant chez la femme enceinte une tendance à exagérer la temporisation, sauf, bien entendu,

dans les formes évolutives, rebelles au traitement médical. Dans ces formes-là, où l'aggravation est par trop à craindre, la néphrectomie est le traitement de choix. Elle sera immédiate dans les formes diagnostiquées au début de la grossesse; on fera tout son possible pour la différer jusqu'au post-partum quand la maladie n'est découverte que dans les derniers mois de la grossesse.

Dans les formes bilatérales, il n'y aura lieu d'envisager une intervention qu'au cas où l'importance des signes généraux ou urinaires imposera une décision. Ce sera la néphrectomie dans les tuberculoses bilatérales, très asymétriques, dans lesquelles la presque totalité, sinon la totalité, de la responsabilité des symptômes peut être rapportée à l'un seulement des deux reins atteints.

Si, par contre, les deux reins semblent également intéressés et que les troubles vésicaux persistent intenses, malgré un traitement médical énergique, faut-il assister impuissant à l'aggravation de ces troubles si douloureux ?

Grâce à Richer, de Lyon, nous possédons une merveilleuse ressource : c'est l'énervation de la vessie. Correctement exécutée, elle amène l'établissement rapide d'un régime de mictions qui s'espacent progressivement, sans douleur. La résurrection de ces malades, qui « vivaient le pot à la main », est telle qu'il y a reprise de l'état général, à la faveur de quoi les lésions rénales peuvent ralentir leur évolution et parfois rétrocéder.

Cette opération, pratiquée chez la malade de l'observation XIV, donna de tels résultats qu'une grossesse put par la suite se dérouler dans des conditions tout à fait normales.

En plus des formes bilatérales à gros retentissement vésical, l'opération de Richer pourra aussi être indiquée dans des cas de cystite intense liée à une tuberculose d'un rein restant ou tout simplement n'ayant pas rétrocédé après l'ablation du premier rein, seul atteint.

Il faut noter que, durant la grossesse, l'énervation vésicale ne peut être pratiquée que dans les trois premiers mois;

au-delà, elle paraît, de par le volume de l'utérus, techniquement irréalisable.

III. — *Traitement obstétrical.*

C'est l'interruption de la grossesse. Il y a deux cas à considérer, suivant la période de l'état gravido-puerpéral à laquelle on opère. Dans les premiers mois de la gestation, il s'agit d'avortement thérapeutique avec tous les problèmes moraux qui se posent alors; à la période de viabilité du fœtus, ce n'est plus qu'un accouchement prématuré.

L'avortement thérapeutique est illogique chaque fois que la néphrectomie est possible. D'un autre côté — en matière de tuberculose urinaire comme en matière de toute autre infection où il a pu être proposé — on doit l'envisager sous le double point de vue moral et médical. L'avortement thérapeutique est-il légitime ? Du côté médical, peut-on dire dans quelle mesure l'aggravation constatée est sous la dépendance de la gestation, et dans quelle mesure l'interruption de celle-ci sera capable d'enrayer l'évolution de la maladie ?

L'interruption de la grossesse ne pourrait être envisagée que dans des formes bilatérales évolutives résistant au traitement médical pour soulager l'état général si la vie est menacée ou l'état vésical s'il est intolérable. Si la vie de la malade est réellement menacée, nous ne croyons pas que l'avortement thérapeutique la prolongera beaucoup (l'observation XI, où la malade succomba peu de temps après l'avortement, en est un exemple). Quant à l'état vésical, il pourrait être utilement soulagé par l'opération de Richer, à condition bien entendu que la gestation ne soit pas trop avancée et que l'accès sur les nerfs érecteurs et le plexus hypogastrique soit encore possible.

L'opération de Richer, en rétablissant l'état général par la suppression des phénomènes vésicaux, comme nous l'avons vu dans l'observation XIV, pourrait peut-être dans certains cas limiter les indications de l'avortement thérapeutique.

On peut penser, en lisant l'observation XV, où, devant un état vésical intolérable dû à une tuberculose bilatérale et une grossesse commençante, il fut pratiqué une opération de Richer et une hystérectomie, que l'on pouvait essayer de se contenter seulement de l'énervation vésicale et respecter la grossesse.

Si donc, en principe, nous n'admettons pas l'avortement thérapeutique — et nous voyons que peu d'auteurs le pratiquent à l'heure actuelle — nous trouvons dans des cas particuliers tout à fait légitime l'accouchement prématuré. Il permettra, par exemple, la division des urines et le diagnostic précis de localisation s'il n'a pu être fait auparavant et si l'état de la malade exige un prompt remède (obs. VI : l'unilatéralité constatée ainsi permit la néphrectomie). D'autres fois, il sera utilisé pour obtenir l'arrêt de phénomènes gravido-toxiques surajoutés à un rein tuberculeux (obs. II).

Un état maternel très précaire ou une cystite intense seront aussi justiciables de cette thérapeutique, qui pourra par la suite permettre plus facilement un traitement directement causal.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Observation n° 479, année 1947. Registres de la Clinique obstétricale.)

Mme L..., 40 ans, rentre le 27 avril 1947 à l'Hôpital André-Boursier, au huitième mois de sa sixième grossesse, pour albuminurie et œdèmes des membres inférieurs. C'est une malade porteuse d'une longue histoire clinique.

En 1914, elle présente de l'albuminurie, à la suite de quoi elle aura de la colibacillurie.

En 1915, otite qui tournera à la chronicité.

En 1922, pleurésie séro-fibrineuse gauche, qui guérit en un an et demi.

En 1926, asthénie, amaigrissement, lumbalgie droite, puis cystalgie tenace avec hématuries. Les examens cyto-bactériologiques faits alors à Milan (la malade séjourne en Italie de 1923 à 1928) montrent d'abord du colibacille, puis du B. K. Une inoculation au cobaye est positive.

En 1930, première grossesse. Appendicite aiguë au troisième mois, opérée. A la suite, réveil de la lumbalgie, de la cystalgie. Albuminurie. Colibacillurie. Tout rentre dans l'ordre après l'accouchement normal, à terme.

En 1933, deuxième grossesse, avec recrudescence de la colibacillose. Accouchement normal.

En 1936, troisième grossesse, toujours avec colibacillurie.

L'enfant meurt *in utero* au terme de la grossesse. Dans les jours qui suivent, infection puerpérale.

A la fin de cette même année, évidement pétro-mastoïdien.

En 1941, crises de rétention urinaire avec cystite et lumbalgie. Suppuration de la cicatrice d'appendicectomie.

En 1942, hystéropexie.

En janvier 1943, syndrome méningé avec fièvre élevée, céphalées violentes. On fait une ponction lombaire, dont on n'a aucun renseignement. Guérison en deux mois environ.

En avril 1943, hématurie totale avec douleurs lombaires à prédominance gauche s'irradiant dans la cuisse. Amélioration spontanée; cependant, persistance de cystalgies avec ténesme vésical et légères hématuries. Hospitalisation à l'Hôpital du Tondu. Urines claires. Albumine, 0 g. 18. La séparation d'urines donne pour le rein droit une P. S. P. à 18 %, 4 g. 30 d'urée et 8 g. 40 de chlorures, et, pour le rein gauche, une P. S. P. à 16 %, 4 g. 50 d'urée et 7 g. 60 de chlorures.

A l'examen cyto-bactériologique : hématies, polynucléaires, pas de germe.

Cystoscopie normale. Un examen radiologique de son arbre urinaire ne montre rien de net. La malade revient chez elle.

En novembre 1943, nouvelle cystoscopie normale.

En janvier 1944, la malade, alors enceinte de cinq mois, revient à l'Hôpital du Tondu pour se faire examiner.

Examen cyto-bactériologique. Urographie.

Le diagnostic de *tuberculose rénale bilatérale* est alors porté. La malade est traitée avec de l'antigène méthylique.

Accouchement normal à la fin du mois de juin.

Cystalgie, ténesme et mictions impérieuses.

En 1945, colpo-périnéorraphie, double phlébite à la suite de l'intervention.

En 1946, le 10 juillet, avortement et curetage.

Depuis, la malade n'a pas vu reparaître ses règles. Elle a des vomissements quasi journaliers depuis le mois de septembre 1946. Durant tout le cours de sa grossesse : cystalgie, mictions fréquentes.

Le 22 janvier 1947, hématurie qui dure une quinzaine de jours.

Le 26 mars, on lui trouve 0 g. 09 d'albumine. Puis elle présente des troubles visuels (papillons noirs devant les yeux), des céphalées et enfin des membres inférieurs œdématiés, avec signe du godet et infiltration de la peau jusqu'au niveau de l'abdomen.

Elle rentre à l'Hôpital André-Boursier le 21 avril.

Le 29, albumine, 0,02; T. A. : Mx, 16; Mn, 7; Io, 2.

Examen cyto-bactériologique : rien à signaler.

Dans les jours qui suivent, poussée d'hydramnios aiguë. Gêne respiratoire consécutive, et, le 8 mai, accouchement d'un enfant porteur d'une ascite et d'une hydrocèle double, qui meurt trois jours après.

On a retiré 6 l. 250 de liquide amniotique.

Suites de couches normales, sauf pendant quelques jours, légère température due à de l'endométrite. La syphilis est suspectée, sans pouvoir être prouvée sérologiquement.

Observation II.

(Observation n° 306, *ibid.*)

Mme F..., 23 ans, sans antécédents personnels.

En avril 1946, la malade présente soudain, sans amaigrissement, ni fatigue, ni troubles précurseurs d'aucune sorte, de la dysurie avec douleurs à la miction et pollakiurie (15 fois par jour, 5 ou 6 fois la nuit). Vers la fin du mois de mai, elle va consulter son docteur, qui pratique un examen cyto-bactériologique de ses urines : présence de bacilles acido-alcoolo-résistants, type B. K.

Un traitement médical est entrepris à base d'antigène méthylique accompagné de calcium et de stérogyl. Malgré cela, la dysurie persiste, les douleurs vésicales occupent l'intervalle des mictions.

Dernières règles au début du mois de juin.

Au mois d'août, on pratique une urographie I. V.; elle révèle une dilatation importante des calices supérieurs, du bassinet et de l'uretère gauche dans ses deux tiers supérieurs, avec une caverne probable du pôle inférieur du rein gauche.

Au mois de septembre, séparation des urines, qui montre la présence de B. K. provenant uniquement du rein gauche.

En octobre (quatrième mois de la grossesse), devant l'accentuation des signes de cystite et le mauvais état général (amaigrissement marqué), on se décide à l'intervention.

Néphrectomie gauche. Bonnes suites opératoires.

Depuis lors, l'état général est excellent, le poids a augmenté (de 50 à 69 kg.). Les traitements médicaux ont été poursuivis après l'opération.

Le 21 mars, la malade entre en travail, mais, par suite d'anomalie de la dilatation, on est obligé, le 22, de pratiquer une césarienne.

L'enfant, de 4 kg. 300, est vacciné au B. C. G., et la mère quitte le service le 5 avril, après des suites normales.

Observation III.

Mme S..., 21 ans. En novembre 1906, la malade devient enceinte; trois mois plus tard, elle constate que ses urines sont troubles. A quelque temps de là s'éveille une réaction vésicale : douleur à la miction, fréquence diurne et nocturne. Pyurie abondante. On porte le diagnostic de pyélo-néphrite gravidique. Les troubles observés s'amendent, et la malade atteint sans accident le neuvième mois. Les signes redoublent alors d'acuité; endolorissement lombaire, douleurs telles à la miction que la malade se retient d'uriner; mictions si répétées qu'elle est debout toute la nuit. En août 1907, accouchement à terme d'un enfant vivant. Contrairement à l'évolution d'une pyélite gravidique dont les signes s'amendent vite après l'accouchement, l'état s'aggrave de façon sensible.

On pratique alors des examens plus complets, et la nature tuberculeuse de l'infection est prouvée quelques mois plus tard.

Néphrectomie. Suites simples, sauf désunion partielle de la plaie.

(Pillet, in *Guide pratique d'urologie*, p. 202.)

Observation IV.

Primigeste de 24 ans, enceinte de huit mois, vue le 15 octobre 1932.

Un an avant sa grossesse, ses urines sont devenues brunâtres. Brûlures au moment des mictions pendant la période des règles.

Vers la fin du premier mois, les mictions deviennent de plus en plus fréquentes, toutes les cinq minutes, et douloureuses.

Cet état dure jusque vers le sixième mois.

Au cours du quatrième mois, la malade avait consulté pour céphalées fréquentes et vomissements depuis le premier mois.

Présence dans les urines d'albumine, et, en juillet, de sang et de B. K. Un catéthérisme urétéral est refusé par la malade.

A l'heure actuelle, céphalées plus violentes, papillons noirs devant les yeux, douleur tenace dans l'estomac et les lombes, se propageant vers le bas-ventre en ceinture, œdème considérable des membres inférieurs, des grandes et des petites lèvres. T. A. : 11-17.

Le rein droit est peu sensible au palper. Dans les urines, 6 g. d'albumine et du B. K. en quantité.

Régime hydrique sévère pendant quarante-huit heures, alterné avec une alimentation végétarienne peu chlorurée.

Le 19 octobre, saignée de 200 cm^3.

Les signes s'amendent, sauf la tension, qui ne varie pas.

21 octobre : nouvelle saignée de 180 cm^3, qui n'apporte guère d'amélioration.

Le 2 novembre, la tension est à 11-18 et il y a des contractions utérines douloureuses.

On fait alors une césarienne supra-symphysaire, qui extrait un enfant de 3 kg. vivant.

Les œdèmes diminuent rapidement.

T. A. : 8-13 quelques jours plus tard, après une baisse progressive.

(Favreau-Batteur et Drapier, *Bull. Soc. gyn. et obst.*, 1933, p. 295-296.)

Observation V.

Mme F..., 28 ans, I-pare, enceinte de six mois et demi, sans passé révélateur (à part qu'elle ait remarqué déjà avant sa gros-

sesse des urines parfois troubles), présente brusquement de violentes douleurs dans les reins, avec fièvre irrégulière, insomnies, urines sales et gros amaigrissement. Puis elle a de la pollakiurie, de la dysurie et du ténesme vésical. Le rein droit est nettement douloureux. Les urines sont très purulentes, avec une quantité émise faible, 500 à 700 cm³ au maximum dans les vingt-quatre heures. Le diagnostic de pyélonéphrite à forme cachectisante est porté. Traitement médical habituel (lait, décubitus dorsal et latéral, révulsion lombaire, urotropine).

Pas d'amélioration, douleurs lombaires intolérables; la température atteint 39°; le pouls dépasse 160; les urines tombent à 150 cm³ en vingt-quatre heures.

On pratique alors un avortement provoqué (méthode de Krause). Enfant de 1 kg. 500, qui succombe rapidement.

Amélioration temporaire : disparition des douleurs lombaires, reprise de la diurèse et tombée du pouls et de la température.

Puis, au bout de deux ou trois jours, reprise des accidents fébriles. Pensant à une infection puerpérale surajoutée, on tente l'emploi de sérum anti-streptococcique sans résultats appréciables.

Les urines restant toujours fortement purulentes, on pratique une cystoscopie, qui montre des ulcérations et des granulations autour de l'uretère droit et un cathétérisme urétéral qui donne passage à une urine riche en pus et légèrement sanglante, dans laquelle on met en évidence du B. K. Néphrectomie droite : gros rein plein de pus avec, à la base de chaque pyramide, une caverne typique du volume d'une noix.

La malade succombe dix jours après à des manifestations probablement granuliques.

(Fruhinsholz et André, *Bull. Soc. obst. de Nancy*, n° 2, 1927, p. 173.)

Observation VI.

Mme G..., 32 ans, III-pare.

A eu une pleurite à 13 ans.

Deux accouchements antérieurs avec anomalies de la dilata-

sion. Le second s'est terminé par l'extraction d'un enfant mort. Le premier enfant est vivant et bien portant.

Depuis un an, la malade est soignée pour une pyélo-néphrite par l'uroformine et le bleu de méthylène. Les troubles urinaires, assez légers toutefois, ne s'amendant pas, on pratique une cystoscopie et un cathétérisme des uretères, qui montrent pour la première fois du B. K. dans l'urine.

La malade est alors enceinte de trois mois. Le fonctionnement rénal du rein lésé est très peu touché, et la lésion est très probablement minime. On pratique cependant une néphrectomie. A la coupe, trois petites cavernes.

Guérison sans incidents, grossesse à terme.

(J. Ravina, *Bull. Soc. obst. de Paris*, 1931, n° 9, p. 704.)

Observation VII.

Mme Cl..., IV-pare, 30 ans, trois enfants de 6, 4 et 2 ans, enceinte de huit mois environ.

Troubles urinaires constatés depuis deux ans : pollakiurie et urines troubles. On a fait le diagnostic d'infection colibacillaire sans examen cyto-bactériologique.

A six mois de gestation, reprise de ces troubles; on pense à une récidive de cette pyélo-néphrite, d'autant plus que cette fois un examen a été pratiqué et il a montré la présence de colibacilles. On pratique des lavages au nitrate d'argent. Cette thérapeutique est suivie d'une aggravation des signes vésicaux.

La malade est alors envoyée à un médecin spécialiste des voies urinaires, qui trouve du B. K. en quantité, mais ne peut cathétériser que le rein gauche; à droite, la sonde ne s'enfonce que de 2 centimètres.

Le rein gauche est tuberculeux, mais on ignore l'état du rein droit. Aussi, la femme étant amaigrie, fatiguée, fiévreuse, pratique-t-on un accouchement prématuré provoqué (enfant vivant de 2 kg. 100), et, dix jours après, un cathétérisme bilatéral, qui montre l'intégrité du rein droit.

Néphrectomie gauche sans incidents cinq jours plus tard.

Il est à noter qu'au début de cette grossesse cette malade avait présenté des phénomènes d'hypertension importante : 23-12.

Deux mois après sa néphrectomie, cette tension, qui s'était maintenue durant toute sa grossesse, n'était plus qu'à 17-9.

(J. Ravina, *ibid.*)

Observation VIII.

Mme J. C..., 21 ans, est entrée à l'Hôpital Saint-Joseph le 5 juin 1923 pour pyonéphrose gauche post-gravidique.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Le début de la grossesse date de juin 1922 et l'accouchement se produit très facilement le 10 avril 1923; l'enfant, pesant 5 livres, se porte bien actuellement. Le cinquième jour après l'accouchement, la malade présenta une température s'élevant à 37°5 et 38°, et les urines devinrent troubles. Pendant un mois, l'état reste stationnaire, amaigrissement, point douloureux lombaire gauche, urines troubles.

Du 21 mai jusqu'au 1er juin, la température présente de grandes oscillations.

Néphrectomie gauche le 8 juin; le rein contient des abcès multiples : il s'agit d'une tuberculose rénale infectée secondairement.

Suites satisfaisantes.

(Papin, in *Pratique médicale illustrée.*)

Observation IX.

Mme L..., 29 ans. Depuis Noël 1925, elle présente des troubles vésicaux qui s'améliorèrent passagèrement. En mars 1926, on trouve les lésions cystoscopiques suivantes : uretère gauche entouré d'une zone inflammatoire avec suffusion hémorragique. L'urine contient de l'albumine, des leucocytes, pas de B. K. (mais sans inoculation). Le diagnostic était : possibilité de tuberculose rénale gauche.

Les troubles disparaissent. Au terme d'une grossesse parfaitement supportée, sans aucun trouble vésical ou du rein, cette femme revient en avril 1928 à l'Hôpital de Bâle. Grosse fièvre et infection utérine consécutive, qui donne l'accouchement d'un fœtus mort. Après cet accouchement, la fièvre monte à 40°1. L'urine trouble, obtenue par cathétérisme, contient beaucoup de leucocytes, un peu d'albumine, peu de bactéries. Le 26 mars, thrombo-phlébite des deux jambes. L'urine est trouble et purulente. Le 5 mai, cystoscopie : la muqueuse vésicale n'est pas enflammée, mais pigmentée (bleu de méthylène). Par des lavages du bassinet, la température, qui était très élevée, descend à 38°. Le 20 juin, on met en évidence le B. K. dans les urines. Le 27 juin, néphrectomie. Le diagnostic anatomo-pathologique était fibro-caséase du rein et pyélite tuberculeuse.

Le 16 juillet, la malade mourut de granulie.

(H. Marx, *in* thèse Pointud, Paris, 1934.)

Observation X.

Mme N. W... Accouchement d'un siège en novembre 1924. Huit jours après survient une fièvre élevée, avec frissons et troubles vésicaux. Par cathétérisme des urètères, on obtient à droite une urine claire, normale, et à gauche une urine purulente, dont l'inoculation au cobaye se révèle positive. Le 15 décembre, néphrectomie. Le diagnostic anatomo-pathologique était : tuberculose rénale avec un peu de pyélo-néphrite.

La malade se remet rapidement. En 1928, analyse normale.

(H. Marx, *ibid.*)

Observation XI.

Mme L. W..., 25 ans, enceinte de 4 mois.

Antécédents : affections habituelles de l'enfance et une attaque de R. A. A. à 18 ans. Un frère mort dans l'enfance de tuberculose pulmonaire.

A remarqué depuis environ sept mois une douleur discontinue légère dans la région lombaire. Douleur qui a cru en intensité jusqu'à prendre le type de coliques néphrétiques. Ces crises se sont accentuées depuis le début de la grossesse avec apparition de pollakiurie.

Un examen urologique a permis de reconnaître une atteinte rénale droite de nature tuberculeuse. Nous avons recommandé une néphrectomie immédiate, qui ne fut pas acceptée par la famille.

La malade fut alors traitée par un gynécologue bien connu, qui vida l'utérus. Deux semaines après, la malade mourait d'une affection étiquetée pneumonie.

(Pugh, *Annals of Surgery*, oct. 1927.)

Observation XII.

Primipare, enceinte de six mois, qui entre à l'Hôpital le 17 décembre, pour un état infectieux avec oligurie, remontant à une dizaine de jours, la grossesse ayant évolué sans incidents jusqu'à cette époque.

L'affection a débuté par de la courbature, de la céphalée et une fièvre modérée, cet ensemble évoluant ainsi pendant dix jours.

Le 13 décembre, cet état s'aggrave brusquement, la céphalée et les douleurs lombaires s'accentuent; vomissements; les urines tombent au-dessous de 500 g. et contiennent une dose massive d'albumine. A l'entrée dans le service, la malade n'a émis que quelques grammes d'urine depuis deux jours; elle est obnubilée et présente un léger myosis. Pas d'œdème, ni de manifestations convulsives. On fait le diagnostic de néphrite aiguë, et l'on institue le traitement. Les urines remontent à 1.200 g. par jour et ne contiennent plus que peu d'albumine. Mais bientôt la fièvre reparaît et prend le type inversé : 38°5 le matin, 37°5 le soir. Les urines deviennent troubles et contiennent des bactéries et du pus en grosse quantité. L'état général s'aggrave.

Le 1er janvier, les bruits du cœur fœtal disparaissent, et, le 3, l'avortement se produit (à 6 mois 1/2). A ce moment, l'idée qu'on puisse se trouver en présence d'une pyélonéphrite succé-

dant à une poussée de néphrite aiguë, l'une et l'autre compliquant un processus bacillaire rénal, effleure à peine l'esprit.

A l'examen thoracique : en arrière et à droite, zone de submatité avec obscurité respiratoire. En outre, tension artérielle basse : 8-5.

Le 7 janvier, apparition d'une parotidite, et, trois jours après, la malade succombe.

A l'autopsie, les deux reins sont augmentés de volume (220 et 250 g.), l'un et l'autre criblés de granulations, principalement sous la capsule, sur le rein gauche; caverne remplie de caséum, grosse comme un pois. Les autres viscères étaient indemnes, à part les plèvres, qui présentaient quelques adhérences.

(Voron et Bouvier, in *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1922, p. 247-248.)

Observation XIII.

Mme D..., I-pare, est vue en consultation, au mois de septembre 1929, par le Docteur Boursier, pour une pyélonéphrite à colibacilles confirmée bactériologiquement.

Elle est au cinquième mois de sa grossesse, son état général est très atteint, d'autant plus que son médecin traitant la maintient, depuis plusieurs semaines, à un régime très débilitant.

Le Professeur Darget, appelé entre temps, a prélevé des urines pour un examen bactériologique complémentaire. Celui-ci montre du B. K.

Le diagnostic est ainsi tardivement redressé, trop tard pour permettre à la malade de se défendre. Elle avorte, à la fin d'octobre, à cinq mois et demi de gestation, et succombe deux jours après.

(M. Rivière, in *Bordeaux chirurgical*, janv.-avril 1945.)

Observation XIV.

Mme T..., 28 ans. Jumelle d'une sœur morte tuberculeuse à 17 ans. Pleurésie séro-fibrineuse et arthrite sacro-iliaque au même

âge. Vient consulter le 15 mars 1943 pour une cystite intense, qui évolue depuis novembre 1942. Retard de règles de deux mois; utérus paraissant gravide. Le 26 mars, cathétérisme, tuberculose bilatérale prédominant à droite; bon état général. Après consultation avec son médecin traitant, nous décidons de respecter la gestation et d'instituer un traitement par l'allergine; il est parfaitement supporté.

La grossesse évolue normalement jusqu'au terme; accouchement le 28 septembre; suites physiologiques.

Revue le 7 mars 1944, la malade a engraissé de 12 kg. en un an; ne souffre plus de la vessie; deux à trois mictions par jour, une seule à la fin de la nuit. Le 24 avril 1944, l'urographie montre quelques taches suspectes au niveau du pôle supérieur du rein gauche (caverne ?).

Revue le 26 février 1945, la malade a perdu 6 kg. sur les 12 qu'elle avait gagnés; elle urine trois fois la nuit, deux ou trois fois le jour; elle ne souffre pas, mais elle a fait deux petites hématuries. Le traitement médical est repris.

Les urines du rein gauche contiennent 7,50 d'urée au litre; 8,20 de chlorures et de rares B. K., granuleux, typiques, tous les 300 à 400 champs en moyenne.

Celles du rein droit : 12,20 d'urée; 13,80 de chlorures et pas de B. K. à l'examen direct.

(M. Rivière, *ibid.* Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Darget.)

Observation XV.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, atteinte de tuberculose rénale bilatérale évolutive. Les accidents vésicaux sont très intenses. Elle entre dans le service de Clinique urologique le 25 juin 1937. L'examen cystoscopique, très douloureux, ne montre pas d'ulcérations. Elle est traitée d'abord par l'allergine. Elle revient en novembre, en mauvais état, pour subir l'énervation vésicale.

Opération de Richer le 3 décembre. Après des suites immé-

diates assez pénibles, la malade cesse complètement de souffrir. L'état général s'améliore dans de telles proportions que cette femme a pu reprendre le métier fatigant d'infirmière et mener à terme, dans des conditions normales, une gestation en 1943.

Fait de physiologie intéressant à souligner : l'énervation vésicale, qui ne saurait s'accomplir sans entraîner celle de l'utérus gravide, n'entrave en rien le mécanisme de la parturition.

(M. Rivière, *ibid.*)

Observation XVI.

Mlle L..., 26 ans, opérée pour bacillose rénale six ans auparavant, entre en 1937 à l'Hôpital du Tondu pour une cystite intense liée à la contamination du rein restant. Elle revient en 1938, très aggravée. Mictions toutes les dix minutes; elle présente, en outre, une lésion pulmonaire en évolution avec B. K. dans les crachats. Enfin, fait capital, elle est enceinte de deux mois.

Après consultation avec le Docteur Boursier et son médecin, en raison de la complexité des lésions, l'interruption de la grossesse est décidée; elle est réalisée par hystérectomie. Celle-ci est suivie d'une opération de Richer, dont la technique est rendue un peu moins aisée par l'état de grossesse. Les résultats, inférieurs à ceux qui ont été obtenus dans des circonstances normales, ont été cependant suffisants pour permettre à la malade de se rétablir après une cure sanatoriale.

(M. Rivière, *ibid.*)

Observation XVII.

Mme M..., 23 ans. Grossesse de deux mois (nov. 1938).

Tuberculose unilatérale droite; pas de troubles fonctionnels: aucune lésion de la muqueuse vésicale. Acte opératoire différé.

Accouchement normal d'un bel enfant. Néphrectomie quarante-cinq jours plus tard. Suites très simples. La mère et l'enfant vont bien.

(Louis Michon, *Journal d'urologie*, mai-juin 1944.)

Observation XVIII.

Mme M..., 31 ans. Grossesse de deux mois (mai 1941), sixième grossesse (antécédents pleuro-pulmonaires discrets).

Aucun trouble fonctionnel; aucune lésion de la muqueuse vésicale; état général excellent; pourtant, plusieurs examens d'urine révèlent la présence de B. K. Examens complémentaires et acte opératoire s'il y a lieu sont remis à après l'accouchement. Accouchement normal d'un bel enfant. Suites simples. Après l'accouchement, les examens révèlent une tuberculose gauche, mais à droite existe une dilatation urétéro-pyélique assez marquée. Vu l'excellence de l'état général et l'absence de toute lésion de la muqueuse vésicale, on décide de surseoir à toute intervention. La mère et l'enfant vont toujours très bien.

(Louis Michon, *ibid.*)

Observation XIX.

Mme R..., 36 ans. Grossesse de trois mois (mars 1943). Tuberculose rénale gauche (grosses lésions); lésions de cystite minimes. Opération différée. Accouchement normal. La malade ne revient que trois mois après; les lésions vésicales se sont légèrement accentuées; tuberculose restée strictement unilatérale. Néphrectomie; suites simples, mais, alors que la mère était guérie de sa néphrectomie, l'enfant mourait de méningite.

(Louis Michon, *ibid.*)

Observation XX.

Mme H..., 24 ans. Soignée à Necker en 1937, pour cystite rebelle; le diagnostic de tuberculose est soupçonné sans pouvoir être formellement prouvé.

Grossesses en 1938 et 1939. Accouchements à terme; l'enfant, né en 1938, meurt de méningite à 4 mois; celui, né en 1939, est bien portant.

En 1941, des examens faits à Necker (service du Prof. Marion) établissent le diagnostic de tuberculose rénale bilatérale. Grosses lésions vésicales. Traitement médical surtout à base de V. A. V. pendant deux ans.

En 1943, nous sommes appelés à la soigner pour sa cystite.

En 1944, de nouveaux examens nous révèlent une transformation inespérée de l'état local, et l'état général est très bon. Muqueuse vésicale guérie (lésions cicatricielles).

A l'urographie, le rein gauche paraît avoir guéri par exclusion d'une lésion en rapport avec le calice supérieur, et le rein droit, de même aspect qu'en 1941, est vraisemblablement sain. Devant l'excellence de l'état général et de l'état local, nous déconseillons toute intervention.

(Louis Michon, *ibid.*)

Observation XXI.

Mme G..., âgée de 42 ans, entre au septième mois d'une septième grossesse à la Clinique Tarnier, en avril 1926, pour une hématurie persistante. Léger endolorissement lombaire bilatéral sans état fébrile marqué. Présence dans les urines, en plus du sang, de pus et de colibacilles.

Cette hématurie franche et tenace dure déjà depuis près de quatre semaines.

Histoire de la malade : En 1903, 1907, 1909, trois accouchements normaux.

En 1915, au cours de sa quatrième grossesse, survient une hématurie qui ne s'est plus reproduite jusqu'à la période actuelle; urines troubles et crises néphrétiques droites. Après l'accouchement, 7 à 8 lavages du bassinet au nitrate d'argent. Avec le temps, les urines se clarifient, mais les crises néphrétiques continuent.

En 1923, sixième grossesse avec urines constamment troubles et douleurs plus fréquentes. Accouchement à terme, et les manifestations urinaires régressent légèrement. Il en est ainsi jusqu'en septembre 1925, où la malade commence sa septième grossesse : crises néphrétiques plus violentes, qui s'atténuent vers le qua-

trième mois, où les urines redeviennent troubles, et c'est au cours du sixième mois que commence cette hématurie abondante, mais bien supportée.

La malade est laissée sous surveillance jusqu'à son terme, où elle accouche d'un enfant vivant actuellement en parfaite santé. L'hématurie avait cessé quinze jours après l'entrée de la malade à l'hôpital et avait donc duré six semaines.

La malade est revue en juillet 1926, où l'on trouve une grosse déficience de la sécrétion uréique droite.

En décembre, signes de tuberculose rénale droite (pus, coli et staphylocoques à l'examen histo-bactériologique).

Intervention le 30 décembre. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit de pyonéphrose tuberculeuse banale avec urétérite très marquée.

Opérée revue en juin 1927. Excellent état général.

(Beaufond, Association française d'urologie, oct. 1927.)

Observation XXII.

Malade de 18 ans, qui devient enceinte un mois après une néphrectomie pour tuberculose rénale droite. La grossesse évolue sans incidents jusqu'à six mois, où la malade se plaint de douleurs lombaires gauches. On note un point lombaire gauche douloureux, au niveau de l'angle costo-vertébral. La malade urine bien, les urines sont normales. A l'examen cyto-bactériologique : rares globules de pus, pas de B. K. On fait une inoculation au cobaye. On fait une cuti, qui est nettement positive.

Les fonctions urinaires étant intactes, l'état général étant très bon, malgré l'état d'allergie accentuée, il est porté un pronostic excellent. La malade accouche à terme, nourrit son enfant et quitte l'hôpital. Mais, peu après, le laboratoire envoyait le résultat de l'inoculation pratiquée quatre mois auparavant : petit ganglion apparu tardivement au point d'inoculation; l'animal sacrifié le 10 juin contenait du B. K.

(Vallois et Coll de Carrera, *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1926.)

Observation XXIII.

Mme M..., 25 ans. Vue le 6 octobre 1942 pour cystite.

Antécédents : tuberculose pulmonaire traitée de mai 1939 à mars 1940.

Débuts en janvier 1942. Actuellement, cystite modérée : 2 à 3 mictions par nuit, le jour toutes les deux heures, douloureuses.

Cystoscopie et séparation des urines, urographie : tuberculose rénale droite. Grossesse de quatre mois.

Le 9 octobre 1942, néphrectomie sans incidents; trois cavernes du pôle inférieur, ulcération de la papille supérieure. Suites immédiatement très fébriles, avec atteinte frappante de l'état général. Le 12, parotidité gauche. Le 16, avortement, délivrance manuelle. La température et le mauvais état général persistant, mise à plat de la plaie, qui a un aspect sphacélique. Le 19, stomatite; le 20, parotidite droite.

Le 11 novembre, exitus.

Autopsie : collection purulente sous-péritonéale pelvienne diffuse. Rein gauche normal.

(Cibert, obs. 719, pavillon V, sept. 1942-sept. 1943.)

Observation XXIV.

On ne connaît ni l'âge de la malade, ni le mois de sa grossesse au moment de la néphrectomie, mais celle-ci fut suivie d'un avortement spontané.

(Doebl, in *Inaug-Diss*, Kiehl, 1915, d'après Stevens, in *Surgery Gynecology and obstetrics*, déc. 1924.)

Observation XXV.

Néphrectomie suivie de guérison chez une femme de 22 ans au sixième mois de sa grossesse.

Avortement dix-neuf jours plus tard.

(Harnsteinen, *Zeitchsriff für Gynäk. Urol.*, Leipzig, d'après Stevens, *ibid.*)

Observation XXVI.

Femme de 22 ans, enceinte de cinq mois et se plaignant de pollakiurie. Neuf mois auparavant, on avait trouvé du pus dans ses urines. Cathétérisme urétéral : déficience fonctionnelle du rein droit et l'inoculation au cobaye de l'urine de ce rein droit est positive, celle du rein gauche est négative. La malade décida de différer l'intervention proposée jusqu'à la fin de sa grossesse. Quatre mois plus tard (c'est-à-dire à terme), accouchement après application de forceps.

L'enfant fut normal, si ce n'est une petite plaie infectée du côté gauche du cou, dont on retira du B. K. La plaie guérit au bout de trois semaines, mais, quelque temps après, un ganglion du même côté du cou se mit à suppurer. On y trouva aussi du B. K.

L'enfant mourut huit mois après de méningite tuberculeuse.

La mère, à l'heure actuelle, vingt mois après sa néphrectomie, est apparemment en bon état.

(Stevens, *ibid.*)

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose rénale ne s'observe pas souvent au cours de la grossesse, mais en réalité son existence est probablement plus fréquente.

II. — Excepté les rares cas où elle favorise l'éclosion d'accidents gravido-toxiques, la tuberculose ne paraît pas avoir de répercussion sensible sur la grossesse.

Elle est pratiquement sans action sur le fœtus.

III. — L'action de la grossesse sur les lésions rénales n'est pas constante. Si les formes évolutives sont nettement aggravées, un grand nombre de cas ne paraît pas influencé.

IV. — L'aggravation, quand elle se manifeste, a deux périodes de prédilection : les trois premiers mois et le post-partum.

V. — Le diagnostic, parfois gêné par les conditions matérielles créées par l'état de gestation, est très souvent masqué par la surinfection colibacillaire.

VI. — Le pronostic n'est pas aussi sombre que le veut l'opinion classique. Dominé par la notion d'évolutivité, il dépend pour une grande partie de l'intensité des phénomènes vésicaux.

VII. — Le traitement médical, classique dans les tuberculoses d'un rein unique et dans les formes bilatérales, a aussi sa place dans la thérapeutique de certaines formes unilatérales peu évolutives, parenchymateuses ou ulcéro-caséeuses à lésions peu étendues.

En tant que traitement pré-opératoire, il pourra permet-

tre d'attendre l'accouchement pour pratiquer la néphrectomie.

VIII. — La néphrectomie, différée dans les cas vus en fin de gestation, est le traitement de choix des formes unilatérales évolutives et même de certaines formes bilatérales très asymétriques.

IX. — L'opération de Richer sera le complément du traitement médical dans les formes bilatérales à gros retentissement vésical.

Techniquement possible seulement dans les premiers mois, en favorisant la reprise de l'état général par la mise au repos de la vessie, elle pourrait limiter les indications de l'avortement thérapeutique.

X. — L'accouchement prématuré sera légitime dans certains cas particuliers, mais relativement rares.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
M. RIVIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 juillet 1947.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

André. — Néphrectomie pour tuberculose chez une femme enceinte de trois mois. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Nancy*, 1927, n° 2, p. 173.

Beaufond (de). — Association française d'urologie, 1927, p. 445.

Bœckel. — Arguments obstétricaux en faveur de la néphrectomie pour tuberculose rénale unilatérale. *Ann. de gyn. et obst. de Paris*, 1913, p. 145.

Cibert, Gayet et Mafart. — Tuberculose rénale et grossesse. Pavillon V (sept. 1942-sept. 1943), p. 67.

Darget. — Traitement actuel de la tuberculose rénale. *Bordeaux chirurgical*, 1945, t. I et II, p. 24.

Dossot. — Tendances actuelles du traitement de la tuberculose rénale. *Presse médicale*, avril 1944, p. 101.

Dubois. — Sur la coexistence de la tuberculose rénale et de la gestation. Thèse Paris, 1926.

Fabignon. — Néphrectomie et gestation. Thèse Paris, 1923.

Favreau, Batteur et Drapier. — Tuberculose rénale, intoxication gravidique hypertensive, césarienne basse. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1933, p. 295.

Fruhinsholz et André. — Tuberculose rénale et grossesse. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1926, p. 174.

Marx. — Beitrag zur Tuberkulose. Berlin, 1929, p. 65-633.

Pointud. — Tuberculose rénale et grossesse. Thèse Paris, 1934.

Pugh. — Kidneys tuberculosis effects of pregnancy. *Surgery, gynecology and obstetrics*, oct. 1921.

— Tuberculosis of the Kidney during pregnancy. *Journ. d'urol.*, févr. 1936.

Ravina. — Tuberculose rénale et gestation. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1931, p. 704.

Rivière. — Tuberculose rénale et état gravido-puerpéral. *Bordeaux chirurgical*, 1945, t. I et II, p. 31.

Stevens. — Renal tuberculosis during pregnancy. *Surgery, gynecology and obstetrics*, 1924, t. II, p. 750.

Thévenard. — Le traitement médical dans la tuberculose rénale. *Presse médicale*, avril 1944, p. 102.

Vallois et Coll de Carrera. — Tuberculose rénale et grossesse. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Montpellier*, 1926, n° 4, p. 253.

Voron et Bouvier. — Granulie rénale au cours de la grossesse. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Lyon*, 1922, t. 4, p. 247.

Dépôt légal effectué en 1947 (3e trimestre).

24395. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). 1947.